

Diarrhée aiguë chez l'enfant et chez l'adulte (avec le traitement)

Orientation diagnostique

1^{re} partie – Diarrhée aiguë chez l'adulte (avec le traitement)

Dr Xavier Dray, Pr Philippe Marteau

département de pathologie digestive, université Paris-7, hôpital Lariboisière, 75010 Paris

xavier.dray@lrb.aphp.fr philippe.marteau@lrb.aphp.fr

Objectifs

ÉPIDÉMIOLOGIE

La diarrhée aiguë se définit comme une augmentation brutale de la fréquence et/ou de la consistance des selles, évoluant depuis moins de 3 semaines. L'origine infectieuse est largement prépondérante. La prévalence des diarrhées aiguës infectieuses varie en fonction de la saison, de la localisation géographique, du groupe d'âge et des conditions d'hygiène. En pays développés, leur incidence (environ 1 épisode par adulte et par an en France) en fait toujours un problème majeur de santé publique (même si la mortalité est très basse, limitée aux malades fragilisés par leur âge ou des comorbidités). Les examens complémentaires permettent d'en découvrir l'origine dans près de 50 % des cas, mais sont rarement nécessaires, car la majorité sont bénins et guérissent spontanément rapidement. Il existe, cependant, des formes sévères qu'il est important de reconnaître rapidement afin de proposer un traitement adapté de la déshydratation et parfois de la cause.

PHYSIOPATHOLOGIE

Les diarrhées aiguës résultent pour la plupart d'une sécrétion accrue dans le côlon et/ou l'intestin grêle (diarrhée dite sécrétoire) d'électrolytes (sodium, potassium, chlore) et d'eau. Il en résulte une déshydratation. L'élément déclenchant l'hypersécrétion est souvent une cytotoxine microbienne qui peut stimuler notamment l'adényl-cyclase ou encore une cytokine.

D'autres diarrhées aiguës sont dues à une inflammation de la paroi intestinale (le plus souvent le côlon) qui peut alors non seule-

- **Devant une diarrhée aiguë chez l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.**
- **Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de l'évolution.**

ment sécréter des électrolytes (participation sécrétoire) mais aussi exsuder des protéines (entéropathie exsudative), voire saigner (diarrhée dite lésionnelle). Une sécrétion accrue de mucus explique l'excrétion fécale de glaires. On suspecte cliniquement une telle diarrhée « lésionnelle » si les selles contiennent du sang, du pus ou des glaires et/ou si les signes systémiques importants accompagnent la diarrhée. Les éléments déclenchants de l'inflammation sont souvent des micro-organismes (entérotoxines) ou des médicaments.

Parfois (mécanisme encore différent), une diarrhée aiguë peut résulter d'une malabsorption aiguë, en règle transitoire, quand l'épithélium du grêle est affecté (atrophie villositaire transitoire due à des virus).

Enfin, une diarrhée aiguë peut résulter d'un mécanisme osmotique si un agent osmotique est ingéré, par exemple un laxatif ou du lait, ou encore de phénomènes moteurs (accélération du transit).

DIAGNOSTIC

Clinique

1. Caractères de la diarrhée et signes associés

Le diagnostic positif de diarrhée aiguë ne pose pas de problème. Il faut impérativement apprécier la gravité et notamment rechercher des signes de déshydratation (asthénie, soif, bouche

sèche, pli cutané persistant, hypotonie des globes oculaires, perte de poids, tachycardie, hypotension, oligurie). Savoir distinguer le syndrome dysentérique de la diarrhée simple permet d'orienter vers le mécanisme lésionnel ou sécrétoire de la diarrhée et de proposer en conséquence des conduites cliniques différentes. Il faut préciser la présence de pus et/ou sang ou de glaires, la fréquence des évacuations, la consistance des selles (molle ou liquide) et leur volume. Les signes associés à rechercher sont principalement des douleurs abdominales, une fièvre, des signes extradiigestifs et d'éventuels vomissements.

Le syndrome dysentérique associe à évacuations glairo-sanglantes faux besoins, épreintes (contractions douloureuses du côlon terminal) et ténésmes (contractures douloureuses du sphincter anal précédant ou suivant chaque évacuation anormale). L'examen endoscopique de la muqueuse rectocolique met le plus souvent en évidence des lésions diffuses ou focales inflammatoires et notamment des ulcérations. Histologiquement, il existe des ulcérations accompagnées d'une réaction inflammatoire de la lamina propria.

2. Contexte de survenue

Les données anamnestiques suivantes sont en faveur de l'origine infectieuse d'une diarrhée aiguë : contexte épidémique, vie en collectivité (crèche, institution...), prise récente d'antibiotique, voyage récent en zone à risque, homosexualité masculine, immunodépression, contact avec un animal. Il faut aussi rechercher la consommation récente de médicaments ou d'aliments suspects.

Examens complémentaires

Dans la majorité des cas, aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Les examens de selles ou endoscopiques sont indiqués dans moins de 2 % des cas.

1. Examen des selles

✓ **L'examen direct** et le frottis permettent parfois une présomption diagnostique en mettant en évidence des bactéries mobiles, des protozoaires flagellés, ou des amibes. La présence de leucocytes fécaux témoigne d'une invasion de la muqueuse (colite) ; elle n'a de valeur que positive.

✓ **La coproculture** se fait à partir de prélèvements frais ou conservés moins de 12 heures à 4 °C. La recherche de *Salmonella*, *Shigella* et *Campylobacter* est systématique. Il faut savoir prescrire une recherche spécifique supplémentaire de *Clostridium difficile* et de sa toxine en cas d'antibiothérapie récente, *Yersinia enterocolitica* en cas de douleurs abdominales fébriles inexpliquées, *Escherichia coli* entérohémorragique en cas de diarrhée sanglante, *Aeromonas hydrophila* et *Plesiomonas shigelloides* en cas de diarrhée sanglante ou de diarrhée hydrique prolongée, chez des sujets vivants en institution, et *Vibrio parahaemolyticus* en cas d'ingestion de fruits de mer.

L'isolement de certains germes n'a aucune valeur. C'est le cas pour *E. coli*, saprophyte de la flore intestinale, dont le rôle pathogène ne doit être envisagé que dans des circonstances précises (rars pathovars) et confirmé par un sérotypage ou par la mise en évidence de ses toxines. La présence de *Staphylococcus aureus* ou de *Candida albicans* dans les selles n'a aucune valeur pathologique.

Compte tenu de sa faible rentabilité (2 % de positivité) et de son coût, l'indication d'une coproculture doit être restreinte aux cas où elle est utile (v. infra).

✓ **L'examen parasitologique** des selles comprend un examen direct au microscope et un examen après concentration. Chaque parasite nécessite une technique qui lui est propre, ce qui souligne l'importance de fournir au laboratoire les éléments d'orientation (géographique, clinique...). L'examen doit être effectué sur une selle fraîche, au mieux émise au laboratoire. Un seul examen négatif n'écarte pas une parasitose en raison des difficultés techniques et de l'excrétion parfois intermittente des parasites. Il faut donc savoir répéter les examens à quelques jours d'intervalle.

2. Rectoscopie et iléo-coloscopie

Elle permet de mettre en évidence d'éventuelles lésions muqueuses, de réaliser un écouvillonnage rectal et des biopsies. L'examen anatomo-pathologique de ces dernières permet parfois de distinguer une diarrhée aiguë infectieuse d'une première poussée de maladie inflammatoire chronique intestinale. Des biopsies peuvent également être mises en culture. La rectoscopie n'a de valeur que positive car les lésions de colite peuvent siéger plus en amont. Ainsi, dans certaines situations sévères (notamment de syndrome dysentérique), il faut demander une iléo-coloscopie avec biopsies.

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

La démarche clinique consistant à reconnaître une diarrhée invasive est fondamentale. En relever les signes positifs peut faire un bon début de cas clinique.

Dans la démarche paraclinique, savoir affirmer qu'aucun examen complémentaire n'est nécessaire dans la plupart des cas pourra faire la différence au cours de l'examen classant.

Concernant l'étiologie de la diarrhée, bien que la question traite essentiellement de causes infectieuses, envisager une autre origine (notamment iatrogène) n'est jamais une erreur.

Certains aspects transversaux de la question (aspects épidémiologiques des toxi-infections alimentaires collectives, fièvre au retour d'un pays tropical et diarrhée du voyageur) sont également susceptibles d'en faire un item de choix pour un cas clinique. La connaissance parfaite des signes et des traitements préventif et curatif de déshydratation est capitale. ●

3. Indications des examens complémentaires

Une coproculture et un examen parasitologique des selles (à répéter s'il est négatif) sont prescrits en présence d'une fièvre supérieure à 39 °C, de rectorragies, d'une déshydratation sévère, d'un terrain particulier ou si l'évolution se poursuit plus de 3 jours.

En cas de syndrome dysentérique ou de diarrhée aiguë hydrique, d'évolution prolongée, une exploration endoscopique (rectoscopie et/ou iléo-coloscopie) avec biopsie est réalisée.

ÉTUDE ANALYTIQUE

La connaissance des grandes caractéristiques épidémiologiques et/ou sémiologiques de certaines diarrhées aiguës permet assez souvent d'évoquer une cause précise.

Bactéries

1. Salmonelles

Les salmonelles sont responsables de 40 à 80 % des toxi-infections alimentaires collectives (TIAC, impliquant principalement volailles, œufs, lait, et leurs produits) et de 10 à 15 % des diarrhées du voyageur. Après une incubation de 8 à 36 heures, surviennent typiquement des vomissements, des douleurs abdominales, une diarrhée aqueuse et une fièvre qui durent de 2 à 5 jours. La présentation peut aussi être celle de « gastro-entérites », sporadiques ou épidémiques, ou d'une diarrhée glairo-sanglante avec colite ulcérée.

2. Shigelles

Les shigelles sont responsables de grandes épidémies d'armées en campagne ou de camps (réfugiés, prisonniers) ; de 4 à 30 % des diarrhées du voyageur ; de gastro-entérites sporadiques ; de rares gastro-entérites épidémiques survenant après ingestion d'eau ou d'aliments souillés, ou par contamination inter-humaine. Le tableau clinique est typiquement un syndrome dysentérique franc et fébrile mais il peut s'agir d'une diarrhée sans fièvre.

3. Campylobacter

Les *Campylobacter* (*jejuni* le plus souvent) sont de plus en plus souvent identifiés comme responsables de diarrhées aiguës, notamment de TIAC (toxi-infections alimentaires collectives). Ce sont des germes invasifs au niveau de l'iléon et du côlon, responsables de micro-abcès et d'adénopathies mésentériques. Ils provoquent des cas sporadiques, estivaux, frappant surtout les enfants, survenant après contact avec des animaux de ferme, des chats et chiens, ou l'ingestion d'aliments contaminés (dont le lait non pasteurisé et la viande de volaille) et une faible proportion de diarrhée du voyageur. Les tableaux cliniques vont de la diarrhée aqueuse d'intensité modérée, rapidement régressive, au syndrome dysentérique fébrile ; myalgies et arthralgies sont fréquentes. On note 10 % de rechutes.

POINTS FORTS

à retenir

- La conduite à tenir est différente en cas de diarrhée simple ou de syndrome dysentérique ; elle l'est aussi dans certains contextes précis à rechercher systématiquement : antibiothérapie récente, voyage récent, épidémie, immunodépression.
- L'origine des diarrhées aiguës est principalement infectieuse (penser aussi aux causes médicamenteuses). 40 % des diarrhées infectieuses sont d'origine virale.
- Devant une toxi-infection alimentaire, rechercher d'autres cas dans l'entourage, et s'il en existe les déclarer à la DDASS (Direction des affaires sanitaires et sociales).
- Une diarrhée banale de moins de 3 jours ne nécessite aucun examen complémentaire et, au plus, un traitement par lopéramide.
- Les indications de la coproculture sont limitées : syndrome dysentérique, diarrhée aiguë avec fièvre élevée, persistance de la diarrhée.
- Devant un syndrome dysentérique il faut demander immédiatement coproculture, examen parasitologique des selles et recto-sigmoïdoscopie avec biopsies.
- En cas de prise actuelle ou récente d'antibiotiques : penser à *Clostridium difficile* et rechercher (demande spécifique) ce germe et sa toxine dans les selles.

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 1847)

4. Yersinia enterocolitica

Ce germe est moins souvent en cause. Il peut être responsable de cas sporadiques et surtout de cas groupés survenant après ingestion d'aliments souillés (produits lactés, porc et mouton mal cuits) ou d'eau contaminée. Il frappe souvent les enfants. C'est un germe invasif, l'atteinte est surtout iléale et colique droite ; l'hypertrophie des follicules lymphoïdes et des ganglions mésentériques est habituelle. Après une incubation de 10 jours, surviennent des douleurs de la fosse iliaque droite, une fièvre puis une diarrhée liquide, rarement hémorragique ou purulente ; des signes extra-intestinaux (arthralgies, érythème noueux) doivent attirer l'attention. L'évolution est parfois prolongée plusieurs semaines, pouvant prêter à confusion avec une première poussée de maladie de Crohn. L'iléocoloscopie peut montrer une iléite ou une muqueuse colique œdémateuse et fragile. Le diagnostic repose sur la coproculture et sur le sérodiagnostic, en exigeant des taux élevés d'anticorps ou une séroconversion franche.

5. Escherichia coli

La plupart des *E. coli* sont des micro-organismes saprophytes et seuls de rares sérotypes sont pathogènes.

✓ Les *E. coli* entéro-invasifs (ECEI) sont ubiquitaires, responsables de cas sporadiques ou de petites épidémies. Le tableau clinique est proche de celui des shigelloses.

✓ **Les *E. coli* entérotoxiques** (ECET) sont responsables de 60 à 70 % des diarrhées du voyageur.

✓ **Les *E. coli* entérotoxigènes** (ECEP) sont responsables de diarrhées aiguës hydriques, survenant par cas sporadiques ou petites épidémies, chez les enfants de moins de 2 ans fréquentant les crèches et collectivités.

✓ **Les *E. coli* entérohémorragiques** (ECEH) entraînent des colites, avec diarrhée hémorragique, survenant en cas sporadiques ou petites épidémies, plus sévères chez les nourrissons et les sujets âgés. Le principal sérotype, O157:H7, peut être responsable d'un syndrome associant anémie hémolytique microangiopathique, thrombocytopénie et insuffisance rénale. Le syndrome hémolytique et urémique (SHU) débute habituellement 2 à 14 jours après la diarrhée. Il peut se compliquer de purpura thrombocytopénique thrombotique et notamment de thrombophlébites cérébrales.

6. *Aeromonas hydrophila* et *Vibrio parahemolyticus*

Aeromonas hydrophila (eaux douces et saumâtres) et *Vibrio parahemolyticus* (eaux salées) sont responsables de petites épidémies, de cas sporadiques et de diarrhées du voyageur (Asie surtout). L'ingestion de poissons ou de fruits de mer est souvent en cause. Ils provoquent des diarrhées aiguës hydriques par action de toxines et, pour *A. hydrophila*, des syndromes dysentériques.

7. *Staphylococcus aureus*

Il entraîne une diarrhée aiguë hydrique d'incubation très brève (2 à 4 heures), en général associée à des vomissements et sans fièvre ; ces signes guérissent en quelques heures. La coproculture est souvent négative ; le germe et la toxine sont découverts dans l'aliment contaminant (intoxication), viandes et produits laitiers le plus souvent.

8. *Clostridium perfringens*

Le type A est à l'origine de 8 % des toxi-infections alimentaires collectives ; l'incubation est courte (6 à 24 heures), la diarrhée reste sans fièvre. Le type C (rare) entraîne des entérocolites nécrosantes gravissimes.

Virus

Les diarrhées aiguës d'origine virale surviennent, le plus souvent, sur un mode épidémique (pic hivernal et recrudescence estivale). Les *calicivirus* (virus du groupe Norwalk et apparentés) sont des virus ubiquitaires touchant des individus de tous âges. La transmission est hydrique et entraîne de petites épidémies de groupe. L'incubation est courte (12 à 48 heures) et la durée de la maladie brève (24 à 48 heures). L'infection se manifeste par des vomissements, la diarrhée, des myalgies et une fièvre modérée. Les rotavirus et adénovirus sont responsables de nombreux cas sporadiques hivernaux des nourrissons et enfants de moins de 3 ans. La diarrhée dure 2 à 6 jours, accompagnée de vomissements et parfois de fièvre modérée ou de déshydratation.

Tableau Principaux médicaments diarrhéogènes

■ acides biliaires	■ hormones thyroïdiennes
■ antiacides	■ laxatifs
■ antibiotiques	■ lithium
■ biguanides	■ magnésium per os
■ colchicine	■ quinidine
■ chimiothérapie	■ veinotoniques

Parasites

1. *Entamoeba histolytica*

L'amibiase intestinale provoque des épisodes de diarrhée ou des syndromes dysentériques vrais, essentiellement chez les voyageurs, les immigrants et les hommes homosexuels (MST). Le diagnostic est assuré par l'endoscopie basse (lésions ulcérées) et l'examen microscopique immédiat de sécrétions muqueuses.

2. *Giardia lamblia* et *Cryptosporidium* sp.

Ces protozoaires sont responsables de cas sporadiques, de petites épidémies de collectivités et des diarrhées du voyageur. Les symptômes (anorexie, ballonnement, nausées, douleurs abdominales, diarrhées) apparaissent après 8 à 15 jours d'incubation et persistent 10 à 15 jours.

Diarrhées aiguës non infectieuses

1. Diarrhées médicamenteuses

De nombreux médicaments (tableau) sont susceptibles d'entraîner une diarrhée aiguë. Au moindre doute, il est nécessaire d'interrompre, si possible, le(s) médicament(s) suspect(s). La chronologie est parfois évocatrice quand le médicament a été récemment introduit, mais cet indice n'est pas constant.

2. Diarrhées de cause alimentaire non infectieuse

Certains aliments sont diarrhéogènes par leur effet osmotique, s'ils contiennent des sucres non digestibles (lactose du lait, sorbitol du cidre ou des fruits...), ou plus rarement par un effet sécrétoire (prunes, rhubarbe...). Des sucres non digestibles sont aussi présents dans des chewing-gums ou bonbons « non cariogènes ».

La diarrhée allergique, plus rare, apparaît dans les minutes qui suivent l'ingestion de l'allergène alimentaire. Il s'y associe parfois des signes cutanés évocateurs (urticaire). Un terrain atopique doit être recherché et l'allergène identifié.

3. Diarrhées toxiques

La majorité des toxiques, en particulier les savons et les détergents, les acides et les bases, les organo-phosphorés, les métaux lourds (arsenic, plomb, mercure...) peuvent entraîner des symptômes digestifs associant vomissements, douleurs abdominales et diarrhée. Le contexte (exposition professionnelle, tentative de suicide) et les signes associés orientent généralement l'enquête étiologique. Certains champignons peuvent également entraîner des diarrhées aiguës.

4. Colites aiguës non infectieuses

Elles sont plus rares et leur diagnostic repose sur un ensemble d'arguments : contexte, négativité des recherches bactériologiques et parasitologiques, aspects endoscopiques et histologiques parfois évocateurs. Les affections en cause sont principalement représentées par : les colites ischémiques, survenant le plus souvent chez le sujet âgé ; les maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, colites microscopiques collagène et lymphocytaire), survenant préférentiellement chez le sujet jeune ; les colites médicamenteuses, rares, principalement en rapport avec la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, de chimiothérapies ou de sels d'or.

Situations particulières

La reconnaissance qu'une diarrhée aiguë survient dans certaines circonstances particulières, décrites ci-dessous, modifie les hypothèses étiologiques et les risques de diarrhées sévères ou persistantes. Elle modifie donc la prise en charge.

1. Toxi-infection alimentaire collective

Un foyer de TIAC se définit par l'apparition d'au moins 2 cas groupés, similaires, d'une symptomatologie, en général digestive, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

Lorsqu'une TIAC est suspectée, il faut la déclarer à la DDASS, demander une coproculture et tenter de récupérer l'aliment suspect pour identifier le germe et/ou sa toxine. La dissémination peut être large en raison de restauration collective et des techniques modernes d'élevage des volailles. Deux facteurs conditionnent la gravité : le nombre de germes ingérés (ou la quantité de toxine) et le terrain. Les bactéries responsables sont : *Salmonella*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens* et *botulinum*, *Staphylococcus aureus*, *Vibrio cholerae* et *parahemolyticus*. Lorsque la toxine est présente dans l'aliment (intoxication par *S. aureus*, *B. cereus*, *C. botulinum*), la durée d'incubation est très brève (quelques minutes à quelques heures) et les premiers symptômes consistent généralement en des vomissements, avec peu ou pas de fièvre.

2. Diarrhée des voyageurs

Chaque année, un tiers des 16 millions de personnes vivant dans des régions à niveau d'hygiène élevé et se rendant dans des régions tropicales et/ou à faible niveau d'hygiène développent une diarrhée du voyageur. Le risque est d'autant plus élevé que le séjour est long et le voyageur proche des populations autochtones. Classiquement, 3 à 4 jours après l'arrivée (mais parfois après le retour), il apparaît brutalement des douleurs abdominales suivies d'une diarrhée et/ou de vomissements. Un syndrome dysentérique est plus rare. Dans la majorité des cas, le nombre de selles ne dépasse pas 5 à 6 par jour. Les signes durent en moyenne 2 à 3 jours et cèdent souvent spontanément. Parmi les germes responsables, *E. coli* entérotoxigène (ETEC) domine largement (60 à 70 % des cas).

3. Diarrhée post-antibiotique

Certaines diarrhées aiguës survenant chez des sujets traités ou récemment traités par des antibiotiques sont simples, modérées et résolutive, souvent dues à la diminution de la capacité de fermentation de la flore. Cependant, d'autres (en général plus sévères) sont dues à une colite (diarrhées aiguës lésionnelles). Il faut savoir faire la différence.

✓ **L'émergence de *Clostridium difficile*** est largement favorisée par une antibiothérapie en cours ou récente. Il est la cause (quasi unique) des colites pseudo-membraneuses et de 30 % des diarrhées aiguës post-antibiotiques sans colite. Il est aussi à l'origine de colites et de diarrhées spontanées, souvent nosocomiales. *C. difficile* sécrète deux toxines A et B et seules les souches toxigènes sont responsables de la maladie. Dans les formes avec colite, les signes sont une diarrhée liquide de début brutal, une fièvre, des douleurs abdominales, une hyperleucocytose parfois très élevée, qui apparaissent quelques jours (mais parfois plus) après le début d'un traitement antibiotique (quel qu'il soit). Des complications (colectasie) sont possibles. Le diagnostic de colite doit être confirmé par l'endoscopie. Les lésions n'épargnent le rectum que dans 10 % des cas (intérêt alors d'une coloscopie complète). En cas de colite pseudomembraneuse, la muqueuse est recouverte de fausses membranes saillantes de 2 à 5 mm, recouvrant des ulcérations. Le diagnostic est quasi certain dès l'endoscopie mais confirmé par la mise en évidence dans les selles de *C. difficile* et/ou d'une de ses toxines. Le traitement repose sur l'arrêt des antibiotiques, la rééquilibration hydro-électrolytique et l'administration orale de métronidazole ou de vancomycine ; des rechutes surviennent dans 10 à 20 % des cas.

✓ **La colite hémorragique post-antibiotique à *Klebsiella oxytoca*** est rare. Le début est brutal, moins de 7 jours après le début d'une antibiothérapie par un dérivé de la pénicilline. Les signes cliniques associent une diarrhée sanglante à des douleurs abdominales volontiers violentes, pseudo-chirurgicales. Le plus souvent, la température et la vitesse de sédimentation (VS) sont normales, et il existe une hyperleucocytose. La coloscopie montre des lésions de siège variable sous forme de fragilité muqueuse et de purpura. Le germe responsable, *Klebsiella oxytoca*, peut être isolé par la culture de biopsies intestinales. La guérison survient en quelques jours après arrêt de l'antibiotique.

Pour en savoir plus

► Diarrhées aiguës

et syndromes dysentériques
Beaugerie L, Yazdanpanah Y.
Traité de gastro-entérologie
Rimbaud JC eds.
Paris : Flammarion ; p.121-36

► Objectifs illustrés en hépato-gastroentérologie.

Collégiale des universitaires
en hépato-gastroentérologie
www.snfge.asso.fr/05-Interne-Chercheurs/OB-internes-etudiants/Objectifs-2004/objectifs-2004.asp

► Indication des examens de selles chez l'adulte

Recommandations pour la pratique clinique
Agence nationale
d'accréditation et d'évaluation
en santé, 2003

www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/OD-Pratiques-cliniques/RPC-examen-selles.pdf

4. Diarrhée aiguë de l'immunodéprimé

Une immunodépression profonde expose à des formes sévères et/ou à des rechutes des diarrhées infectieuses sus-décrites, mais également à des germes opportunistes (*Cytomegalovirus*, *Herpes virus*, *Mycobacterium avium*, microsporidioses, cryptosporidioses notamment).

TRAITEMENT

La grande majorité des cas ne nécessite aucun traitement étiologique, car ils régressent spontanément et rapidement. La déshydratation peut être mortelle et doit être traitée d'urgence et/ou prévenue.

Réhydratation et apport rapide d'électrolytes

Ils sont indispensables lorsqu'il existe une déshydratation et d'autant plus que les sujets sont d'âge extrême. Souvent, cette compensation peut se faire par voie orale, à l'aide de boissons salées et/ou sucrées ou, dans les cas plus sévères, de solutions de réhydratation orale (type OMS ou Adiaril). À l'hôpital, et en cas de déshydratation importante ou de vomissements incoercibles, il est pratique d'administrer par voie intraveineuse une solution de type Ringer-lactate enrichie de KCl.

Médicaments anti-diarrhéiques

Les dérivés opiacés (loperamide surtout) sont utiles pour le confort, en diminuant le volume et le nombre des exonérations. Cependant, ils sont déconseillés dans les diarrhées invasives (avec rectorragies, distension abdominale et/ou forte fièvre) et contre-indiqués dans les colites sévères, car ils peuvent alors augmenter le risque de colectasie. Les topiques adsorbants (dismectite, actapulgite) peuvent être utiles mais doivent être administrés à distance des autres médicaments.

Antibiothérapie

La grande majorité des diarrhées bactériennes guérit spontanément en 3 à 4 jours. L'utilité des antibiotiques est admise dans les formes les plus sévères de diarrhées invasives (et uniquement dans ce cas restreint). Ceux qui sont alors le plus souvent efficaces quand le micro-organisme en cause n'est pas encore identifié sont le cotrimoxazole et les fluoroquinolones (norfloxacine et ciprofloxacine) pendant 5 jours. Les *Campylobacter* sont souvent résistants et doivent être traités en première intention par macrolide. L'antibiothérapie doit ensuite être adaptée en fonction des résultats de l'antibiogramme. ■

À PARAÎTRE : • 2^{de} partie : « Diarrhée aiguë chez l'enfant (avec le traitement) ». Orientation diagnostique.

NOTRE ENGAGEMENT ÉDITORIAL

LA REVUE DU
PRATICIEN

La qualité du contenu scientifique et pédagogique de La Revue du Praticien dont l'éditeur est le groupe Huveaux France, est garantie par le respect des valeurs éditoriales suivantes :

COMITÉ DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE :

des experts, membres permanents ou conseillers du comité de rédaction scientifique, proposent des thèmes à traiter (compte tenu des actions prioritaires de santé publique, des recommandations de l'HAS et des sociétés savantes et de l'actualisation nécessaire des connaissances médicales), désignent en fonction de leur

compétence reconnue (selon leurs titres et travaux) les auteurs à solliciter et assurent la lecture critique de tous les articles reçus (articles de formation continue ou travaux originaux).

BIBLIOGRAPHIE :

chaque article est accompagné de références bibliographiques appelées dans le texte selon les normes de Vancouver.

CONFLITS D'INTÉRÊTS :

tous les articles sont signés et accompagnés des coordonnées complètes des auteurs. Ces derniers sont systématiquement invités à signaler toute relation contractuelle avec une entreprise du médicament ou spécialisée dans les dispositifs médicaux, susceptible de créer un conflit d'intérêts compte tenu du thème traité dans l'article. La déclaration des conflits d'intérêts figure obligatoirement en fin d'article.

ENGAGEMENT FMC :

les articles de formation médicale continue ou les travaux originaux constituent l'essentiel du fonds éditorial de la revue.

PROMOTION DU MÉDICAMENT ET DU MATÉRIEL MÉDICAL :

toute publicité rédactionnelle ou visuelle dans la revue est systématiquement identifiée comme telle par une mention explicite.